

Prise en charge des grands consommateurs des services d'urgences

Dr FRANCIS VU^a, Pr OLIVIER HUGLI^b, Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN^c,
MIRIAM KASZTURA^a, VÉRONIQUE S. GRAZIOLI^a et Pr PATRICK BODENMANN^a

Rev Med Suisse 2019; 15: 490-3

Depuis plusieurs décennies, les services d'urgences des centres hospitaliers des pays industrialisés doivent faire face aux défis que représente un groupe de patients responsables d'un nombre disproportionné de consultations aux urgences: les «grands consommateurs des services d'urgences». Bien que ne représentant qu'une minorité de l'ensemble des patients des services d'urgences, leur prise en charge peut s'avérer être souvent complexe, voire difficile, en lien avec leur vulnérabilité sur le plan de la santé, souvent aggravée par un contexte psychosocial précaire. La prise en charge de ces patients, selon une approche de type *case management*, peut favoriser le développement d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée, tout en intégrant ces derniers dans le processus d'aide et de soutien (*empowerment*).

Management of emergency department frequent users

For decades, emergency departments of hospitals in industrialized countries have been dealing with the challenges of a group of patients responsible for a disproportionate number of emergency room visits: the emergency department frequent users. Although they represent only a minority of all emergency department patients, their healthcare can often be complex if not difficult due to their health vulnerability (e. g., psychiatric disorders associated with substance addictions), often aggravated by a precarious psycho-social context (e. g., homelessness, illegal status, poverty, etc.). Taking care of these patients by using a case management approach can promote the development of an interprofessional and coordinated healthcare plan that includes their empowerment.

INTRODUCTION

L'appellation «*emergency department (ED) frequent users*» (ou «*ED frequent flyers*», etc.) est utilisée dans la littérature médicale anglophone pour désigner les patients «grands consommateurs des services d'urgences» (GCSU).¹ Bien que ceux-ci ne représentent qu'une minorité de l'ensemble des patients des services d'urgences, ils sont responsables d'un nombre disproportionné de consultations qui y sont réalisées.¹ Au niveau international, il a été estimé que les GCSU ayant

consulté à ≥ 5 reprises les services d'urgences au cours des douze mois précédents représentent une proportion de 4,5 à 8% de tous les patients, et de 21 à 28% de l'ensemble des consultations.² En Suisse romande, une étude rétrospective a rapporté des chiffres comparables à ces estimations internationales: les 4% de GCSU représentaient 12% de l'ensemble des visites.³ Au niveau suisse, ils sont responsables de 10% des consultations.⁴ Cliniciens, chercheurs et responsables du domaine de la santé publique portent à ce jour une attention particulière et soutenue à la population des GCSU pour 4 raisons: 1) leur fréquentation élevée des services d'urgences peut questionner la pertinence et la «légitimité» d'une telle utilisation de ces services; 2) leur consommation «exagérée» des services de soins d'urgence, qui sont chroniquement saturés, est particulièrement coûteuse pour le système de santé; 3) les GCSU sont considérés comme étant une population particulièrement vulnérable, tant d'un point de vue médical que social et 4) les raisons de leur haute utilisation des services d'urgences restent encore insuffisamment connues.¹

La réponse à la question «A partir de combien de visites annuelles dans les services d'urgences peut-on être qualifié de GCSU?» reste controversée et sans consensus parmi les spécialistes dans le domaine.¹ Des auteurs ont suggéré l'utilisation du nombre limite de ≥ 5 visites aux urgences au cours des douze derniers mois, car ce seuil numérique de visites annuelles correspondrait à la survenue d'événements indépendants de l'effet du hasard.⁵

QUI SONT LES GRANDS CONSOMMATEURS DES SERVICES D'URGENCES?

Au niveau international, les GCSU ont une tendance globale à être majoritairement de sexe masculin, âgés entre 40 et 50 ans.⁵ Bien qu'hétérogène, la population des GCSU présente souvent un cumul de vulnérabilités médico-sociales.⁶⁻⁸ Par rapport aux autres patients des services d'urgences, ils présentent des taux plus élevés de morbidité et de mortalité,^{6,8,9} sont plus à risque de consommer des drogues et de l'alcool,⁹⁻¹² présentent plus souvent des pathologies psychiatriques.^{6,8,9,12} sont davantage susceptibles de consulter pour des complications ou exacerbations de leurs pathologies chroniques,¹³ et sont plus souvent sans domicile fixe, sans assurance maladie, et en provenance de milieux socio-économiquement défavorisés.^{8,14} En Suisse romande, une étude rétrospective³ a confirmé cette tendance internationale: les GCSU étaient davantage susceptibles de cumuler à la fois des vulnérabilités médicales et sociales,

^a Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^b Service des urgences, CHUV, 1011 Lausanne, ^c Service d'alcoologie, CHUV, 1011 Lausanne
francis.vu@hospvd.ch | olivier.hugli@chuv.ch | jean-bernard.daeppen@chuv.ch
miriam.kasztura@hospvd.ch | veronique.grazioli@chuv.ch
patrick.bodenmann@hospvd.ch

TABLEAU 1	Caractéristiques sociodémographiques et médicales des GCSU
------------------	---------------------------------------------------------------------------

GCSU: grands consommateurs des services d'urgences.

Au niveau international

Par rapport aux patients qui consultent moins fréquemment les services d'urgences, les GCSU...

- ont des taux plus élevés de morbidité et de mortalité
- sont plus à risque de consommer des drogues et de l'alcool
- présentent plus souvent des pathologies psychiatriques
- consultent davantage pour des complications ou exacerbations de leurs pathologies chroniques
- sont plus souvent dans une grande précarité sociale (sans domicile fixe, sans assurance maladie, en provenance de milieux socio-économiquement défavorisés)

En Suisse romande

Les facteurs biopsychosociaux suivants ont été associés à un risque plus élevé d'être un GCSU³

- Etre sous tutelle ou curatelle
- Habiter à moins de 10 km du service d'urgences le plus proche
- Etre sans assurance maladie
- Etre sans emploi
- Etre dépendant d'une aide financière de l'Etat
- Avoir déjà été hospitalisé en milieu psychiatrique ou somatique au cours des douze derniers mois
- Avoir consulté dans ≥ 5 départements hospitaliers différents au cours des douze derniers mois
- Avoir un diagnostic primaire de trouble psychiatrique posé aux urgences

décrites dans le **tableau 1**. Ces vulnérabilités médico-sociales semblent être d'autant plus prononcées que la fréquentation des services d'urgences de ces patients est élevée: dans une étude rétrospective réalisée auprès de 23 patients dits «ultra-grands consommateurs des services d'urgences – ultra-GCSU» (≥ 12 visites aux urgences au cours des douze derniers mois), près de 83% d'entre eux étaient sans emploi, 74% isolés socialement, et 61% avaient un diagnostic primaire de pathologie psychiatrique ou d'addictions. Dans ce collectif constitué majoritairement de femmes (61%) d'âge moyen de 43 ans, près d'un tiers des patients (30%) avait commis une tentative de suicide au cours des douze derniers mois.¹⁵

APPROCHE DE TYPE CASE MANAGEMENT

La panacée pour la prise en charge des grands consommateurs des services d'urgences?

De manière générale, les GCSU contribuent à l'engorgement des services d'urgences ainsi qu'à l'augmentation des délais d'attente dans ces lieux de soins, en raison de consultations souvent considérées comme étant inappropriées.¹⁶ Ainsi, selon plusieurs études, ils consultent pour des problèmes de santé souvent non urgents ou non vitaux,¹⁷⁻¹⁹ et pourraient recevoir des soins plus adaptés dans d'autres structures de soins que les services d'urgences. Ces derniers ne sont pas conçus pour fournir des soins réguliers et non urgents aux patients souffrant de maladies chroniques.²⁰ Ces observations devraient toutefois être interprétées avec prudence, car comme cité précédemment, certains patients tels que les ultra-GCSU sont susceptibles de se présenter aux urgences pour de graves motifs de consultation.¹⁵ En réponse aux besoins médico-sociaux souvent complexes de la population des GCSU, plusieurs institutions à travers le monde ont développé des interventions spécifiques dédiées à la prise en charge des

GCSU, visant à rediriger leurs demandes de consultations hors des urgences, vers des centres de soins plus à même de traiter leurs problèmes de santé dans le moyen ou long terme, et à répondre à leurs problématiques sociales.¹⁶

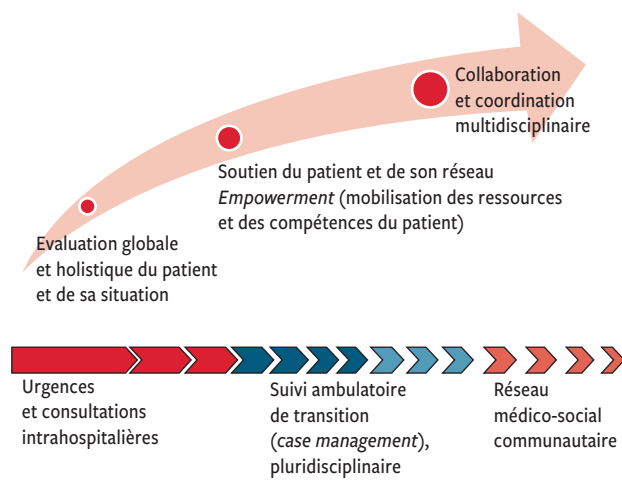
Un intérêt particulier a été porté à une approche pluridisciplinaire impliquant le plus souvent les soins infirmiers, les médecins et les professionnels du domaine de la santé mentale: la mise en place d'équipes de *case management* (CM; en français «gestion des cas») au sein desquelles le *case manager* a généralement pour rôles de coordonner et d'organiser les soins que les GCSU nécessitent, tout en intégrant les différentes dimensions sociales, familiales, culturelles et/ou environnementales dans ces situations.¹⁸ L'approche holistique adoptée par le *case manager* est centrée sur les besoins du patient, tout en essayant de lui laisser une part de responsabilité dans sa prise en charge (processus d'*empowerment*, **figure 1**). Le périmètre d'intervention du *case manager* ne se limite pas aux murs des institutions hospitalières, mais s'étend volontiers vers les structures d'accompagnement, de soutien et d'accueil existant dans la communauté.

Dans la littérature médicale internationale traitant des GCSU, les interventions de type CM ont montré une réduction de leur fréquentation des services d'urgences.^{11,14,21-24} Les quelques rares analyses de réductions des coûts disponibles dans la littérature sont intéressantes: des études ont anticipé des réductions de coûts liées aux approches de type CM sur la base d'estimations modélisées,^{24,25} tandis que deux autres études ont montré des bénéfices en termes de coûts-efficience pour ce type d'interventions.^{14,22} Certains programmes de CM ont également rapporté des impacts positifs au niveau social,¹⁴ tels qu'une réduction significative du taux de personnes sans abris.^{22,26}

Sur le plan clinique, l'impact du CM a été évalué dans 4 études,^{14,22,26,27} l'une d'entre elles ayant rapporté une réduction de la consommation d'alcool et de drogues.¹⁴ Inspiré de ces

FIG 1 Processus de *case management* implanté au CHUV

Illustration du processus de *case management* implanté au CHUV (l'hôpital universitaire du canton de Vaud (Suisse romande)) pour la prise en charge des grands consommateurs des services d'urgences (GCSU).



programmes d'interventions internationaux, un programme de CM dédié à la prise en charge des GCSU a été développé au CHUV et à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) depuis 2009. L'évaluation de ce programme de CM (via un essai contrôlé randomisé) est prometteuse et a rapporté, sur une période de douze mois, une réduction de 19% du taux de fréquentation des urgences des GCSU suivis par l'équipe de CM en soutien et en complément des équipes de soins des urgences, comparativement aux GCSU qui ont bénéficié uniquement de la prise en charge usuelle par les urgentistes.²⁸ En se rappelant que jusqu'à 12% de l'ensemble des visites annuelles dans le service d'urgences du CHUV étaient attribuables aux GCSU entre 2008 et 2009,³ le potentiel d'économie au niveau des coûts de la santé pourrait être considérable s'il était transposable aux 1,6 million de visites annuelles dans les services d'urgences en Suisse.²⁹

DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Bien que la population des GCSU ait été étudiée depuis plusieurs décennies, les défis à relever pour leur venir en aide restent nombreux. Les motifs pour lesquels cette population a tendance à privilégier l'utilisation des services d'urgences plutôt que d'autres services de soins plus adaptés à leur situation restent souvent complexes et hétérogènes.¹ Ceci a pour conséquence de limiter, voire de compromettre, les possibilités des systèmes de santé d'y répondre de manière éthique, efficiente et économe. A titre d'exemple, selon certains auteurs, les patients souffrant de troubles psychiatriques et/ou d'addictions peuvent naturellement être amenés à demander des soins en urgence en raison de multiples facteurs: l'accessibilité immédiate et la disponibilité 24h/24 et 7j/7 des services d'urgences, face aux ressources et financements chroniquement insuffisants des services communautaires spécialisés en santé mentale.^{2,30} En sachant que la prévalence de troubles psychiatriques et d'addictions des GCSU est supérieure à celle de la population générale,^{3,9,12} la question du rôle des services d'urgences dans le dépistage précoce de ces problématiques en santé mentale se pose. La réponse à cette question reste à ce jour débattue parmi les parties prenantes concernées et ces divergences sont illustratives des défis rencontrés dans la prise en charge clinique des GCSU dont certains enjeux peuvent se situer à différents niveaux de préoccupations (enjeux politiques, financiers, éthiques, etc.).

Au niveau de la relation patient-soignant, un autre défi à relever est de modifier la perception négative que certains soignants travaillant aux urgences ou dans les services d'hospitalisation peuvent développer à l'égard des GCSU. Ceux-ci peuvent en effet être enclins à les catégoriser en «bons» ou «mauvais» patients, phénomène connu et décrit de longue date.³¹ Les «bons» patients sont ceux qui se présentent aux urgences avec des problèmes de santé qui permettent aux cliniciens d'utiliser «à bon escient» leurs compétences médicales et aux équipes d'utiliser de manière appropriée les procédures de

prise en charge. A l'inverse, les «mauvais» patients sont ceux qui enfreignent les règles implicites de comportement et de rationalité, soit à l'égard des soignants (par exemple, attitude agressive, non-compliance, etc.), soit à l'égard des prestations de soins qui sont délivrées aux urgences (par exemple, motif de consultation non urgent ou «banal»³¹). Au CHUV, plus d'un tiers des GCSU se sont sentis discriminés lors de leurs visites aux urgences, que ce soit au sujet de leur maladie, leur apparence physique, leur nationalité ou la langue parlée.³² Ces observations appellent à poursuivre les efforts de sensibilisation et de formation du personnel soignant afin de les aider à prendre en charge de manière plus optimale la multicomplexité rencontrée chez certains GCSU.

CONCLUSION

Bien que n'étant certainement pas la panacée à tous les maux, les interventions de type CM constituent une approche pertinente et prometteuse pour aider les patients GCSU à «naviguer» dans un paysage d'intervenants socio-sanitaires qui se complexifient, en particulier dans notre contexte de pays industrialisés. Par ailleurs, de par le cumul de multiples vulnérabilités médico-sociales, le rôle de *case manager* fait tout son sens dans le but de faciliter les interfaces et les interactions entre les différents intervenants «coresponsables» avec le patient GCSU de sa prise en charge. Les expériences positives et encourageantes obtenues à ce jour aux urgences CHUV et à la PMU avec l'équipe de CM ont permis d'envisager d'étendre dans un avenir proche ce type d'interventions dans plusieurs autres établissements hospitaliers en Suisse romande, projet financé par le Fonds national suisse de la recherche (Projet national de recherche (PNR) 74 – Projet I-CaM (*Implementing a Case-Management intervention for frequent users of the emergency department: a multicenter study in Switzerland*)).

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les grands consommateurs des services d'urgences (GCSU) constituent une population spécifique dont la particularité est de fréquemment cumuler de multiples vulnérabilités médico-psycho-sociales
- Les interventions de type *case management* auprès de cette patientèle semblent être une approche pertinente et efficace pour les réorienter hors des urgences vers des services sociaux et sanitaires plus adaptés
- Les défis à relever pour prendre en charge la population des GCSU restent nombreux et complexes, impliquant des considérations et des enjeux dépassant souvent les uniques aspects de prise en charge clinique (enjeux éthiques, politiques, financiers, etc.)

1 * Althaus F, Paroz S, Hugli O, et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2011;58:41-52 e42.
2 LaCalle E, Rabin E. Frequent users of

emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* 2010;56:42-8.

3 Bieler G, Paroz S, Faouzi M, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in

a universal health insurance system. *Acad Emerg Med* 2012;19:63-8.

4 Merçay C. Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales. Neuchâtel. Observatoire suisse de la santé (Obsan

Dossier 64), 2018.

5 Locker TE, Baston S, Mason SM, Nicholl J. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J* 2007;24:398-401.

6 Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S,

- Tomson Y, Goransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001;37:561-7.
- 7 Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* 2006;48:1-8.
- 8 Moore G, Gerdz M, Manias E, Hepworth G, Dent A. Socio-demographic and clinical characteristics of re-presentation to an Australian inner-city emergency department: implications for service delivery. *BMC Public Health* 2007;7:320.
- 9 Fuda KK, Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emerg Med* 2006;48:9-16.
10. Huang JA, Tsai WC, Chen YC, Hu WH, Yang DY. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc* 2003;102:222-8.
- 11 Skinner J, Carter L, Haxton C. Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department. *Emerg Med J* 2009;26:103-5.
- 12 * Vu F, Daepfen JB, Hugli O, et al. Screening of mental health and substance users in frequent users of a general Swiss emergency department. *BMC Emerg Med* 2015;15:27.
- 13 Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998;32:563-8.
- 14 Okin RL, Boccellari A, Azocar F, et al. The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med* 2000;18:603-8.
- 15 * Althaus F, Stucki S, Guyot S, et al. Characteristics of highly frequent users of a Swiss academic emergency department: a retrospective consecutive case series. *Eur J Emerg Med* 2013;20:413-9.
- 16 ** Bodenmann P, Velonaki VS, Ruggeri O, et al. Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2014;14:264.
- 17 Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995;40:469-77.
- 18 Kne T, Young R, Spillane L. Frequent ED users: patterns of use over time. *Am J Emerg Med* 1998;16:648-52.
- 19 Ovens HJ, Chan BT. Heavy users of emergency services: a population-based review. *CMAJ* 2001;165:1049-50.
- 20 D'Aloiso L, Carlomagno F, Bisceglia M, et al. Clinical case seminar: in vivo and in vitro characterization of a novel germline RET mutation associated with low-penetrant nonaggressive familial medullary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:754-9.
- 21 Pope D, Fernandes CM, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *CMAJ* 2000;162:1017-20.
- 22 Shumway M, Boccellari A, O'Brien K, Okin RL. Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial. *Am J Emerg Med* 2008;26:155-64.
- 23 Andren KG, Rosenqvist U. Heavy users of an emergency department: psycho-social and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. *Soc Sci Med* 1985;21:761-70.
- 24 Wassmer RW, Winward L, Derlet R. Does counseling reduce frequent emergency use? 2008; Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1093870> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1093870>
- 25 * Moschetti K, Iglesias K, Baggio S, et al. Health care costs of case management for frequent users of the emergency department: Hospital and insurance perspectives. *PLoS One* 2018;13:e0199691.
- 26 Phillips GA, Brophy DS, Weiland TJ, Chenhall AJ, Dent AW. The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department. *Med J Aust* 2006;184:602-6.
- 27 * Iglesias K, Baggio S, Moschetti K, et al. Using case management in a universal health coverage system to improve quality of life of frequent Emergency Department users: a randomized controlled trial. *Qual Life Res* 2018;27:503-13.
- 28 * Bodenmann P, Velonaki VS, Griffin JL, et al. Case Management may reduce emergency department frequent use in a universal health coverage system: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2017;32:508-15.
- 29 Observatoire suisse de la santé (OBSAN). Consultations dans un service d'urgence en Suisse. 2013;3:1-8.
- 30 Baillargeon J, Thomas CR, Williams B, et al. Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:808-11.
- 31 Jeffery R. Normal rubbish: deviant patients in casualty departments. *Sociol Health Illn* 1979;1:90-107.
- 32 * Baggio S, Iglesias K, Hugli O, et al. Associations between perceived discrimination and health status among frequent Emergency Department users. *Eur J Emerg Med* 2017;24:136-41.

* à lire

** à lire absolument